

DECLARACIÓN DE DATOS QUE RESPALDAN LA ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA DEL PROGRAMA DE PAGOS DE ASISTENCIA PARA PARIENTES QUE SON LOS TUTORES LEGALES DE UN MENOR (Kin-GAP): *El tutor legal tiene que completar todas las preguntas al lado izquierdo de la línea gruesa negra con la información sobre el niño del cual son los tutores legales. Se tiene que completar un formulario por cada niño, si hay más de uno.*

1. Nombre del niño _____ 2. Masculino Femenino

3. Dirección _____

4. Fecha de nacimiento _____ 5. Lugar de nacimiento _____

6. Número de Seguro Social _____ ¿Lo solicitó? Sí No

7. Ciudadano de los Estados Unidos (EE.UU.)? Sí No 8. Situación migratoria: _____

9. ¿El niño tiene seguro médico? Sí No

Si la respuesta es "Sí", anote el número de póliza, el nombre de la compañía, y el nombre de la póliza:

10. ¿El niño tiene bienes raíces o bienes personales? Sí No

Si la respuesta es sí, anote el tipo de bienes (terrenos, dinero en efectivo, automóvil, motocicleta, seguro de vida, fondo en fideicomiso, cuenta de banco, bono, etc.) y su valor:

11. ¿Tiene ingresos el niño? Sí No No sé*
Si la respuesta es "Sí", anote las cantidades a continuación. Si la solicitud aún está pendiente, marque la casilla correspondiente.

TIPO DE INGRESO	CANTIDAD	PENDIENTE
Seguro Social		<input type="checkbox"/>
Mantenimiento de hijos		<input type="checkbox"/>
Jubilación [por haber trabajado para el] del ferrocarril		<input type="checkbox"/>
Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)		<input type="checkbox"/>
Beneficios para veteranos		<input type="checkbox"/>
Salario/sueldo		<input type="checkbox"/>
Otro (especifique)		<input type="checkbox"/>
Cantidad total/cantidad por mes		<input type="checkbox"/>

* Si no sabe, por favor explique:

12. Nombre de la escuela o programa de entrenamiento:

13. Si el niño tiene un salario/sueldo, ¿el niño está asistiendo a la escuela por lo menos medio tiempo? Sí No

14. ¿Tiene el niño un plan del programa de vida independiente? Sí No

15. ¿Está asistiendo el niño a la escuela el tiempo completo? Sí No

COMPLETE LA SECCION A CONTINUACION PARA LOS JOVENES DE 17 AÑOS DE EDAD Y MAYORES

16. ¿Espera graduarse/terminar antes de cumplir los 19 años de edad? Sí No

ELIGIBILITY WORKER ONLY
TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD SOLAMENTE

APPLICATION
 REDETERMINATION

CASE NAME _____

CASE NUMBER _____

VERIFICATION

AGE _____

SOCIAL SECURITY NUMBER _____

CITIZENSHIP/ALIEN STATUS _____

DHS 6155

CHILD'S PROPERTY _____

CHILD'S INCOME/PENDING INCOME _____

ILP _____

VERIFIED BY SCHOOL **YES**

SCHOOL ATTENDANCE

GRADUATION

- 17) ¿Tiene este niño hijos propios? Sí No
- 18) ¿Tiene usted la tutela del niño concedida por una corte de California? Sí No

VERIFICATION
(TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD SOLAMENTE)

GUARDIANSHIP VERIFIED

Instrucciones: Complete el número 19 cuando solicite asistencia o si hay algún cambio en la información desde la última vez que usted completó este formulario.

19) **INFORMACION SOBRE LOS PADRES**

Nombre	PADRE/MADRE 1	PADRE/MADRE 2	PADRE/MADRE 3
Parentesco/relación			
Nombre de soltera			
Fecha de nacimiento			
Lugar de nacimiento			
Número de Seguro Social			
Dirección			
Número de teléfono			
Ciudadano de los EE. UU. (sí o no)			
Veterano (Rama de servicio militar, años en el servicio, número de orden)			

CHILD SUPPORT REFERRAL

- NOT ELIGIBLE
- ELIGIBLE
- FEDERAL
- NONFEDERAL
- OTHER

TUTOR LEGAL:
DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES ANTERIORES SON CIERTAS Y VERDADERAS.


FIRMA DEL TUTOR LEGAL


CONDADO DONDE SE FIRMO FECHA

FIRMA DEL TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD FECHA


FIRMA DEL SUPERVISOR DEL TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD FECHA



PERMISO PARA COMPARTIR LA INFORMACION

Usted y cualquier miembro de su familia para quien está solicitando la asistencia tienen que dar el número de Seguro Social (SSN). El SSN se necesita para determinar su elegibilidad. Se puede negar o discontinuar la asistencia si no lo proporciona. Autoridad: **Sección 11268 del Código de Bienestar Público e Instituciones (Welfare and Institutions Code).**

AVISO DE INFORMACION PERSONAL

De acuerdo con el Decreto Federal sobre la Confidencialidad (P.L. 93-679) y el Decreto de 1977 sobre la Divulgación de Información (IPA) (Secciones 1798 del Código Civil, y siguientes), se avisa por medio de la presente que se solicita información personal. La información personal solicitada es voluntaria. El propósito principal de la información voluntaria es facilitar el proceso de este formulario. Es posible que la falta de proveer parte o toda la información solicitada resulte en que se demore el proceso de este formulario. No se compartirá ninguna información personal a menos que se permita bajo la Sección 1798.17 del Artículo 6 del IPA de 1977. Si lo solicita, cada persona tiene el derecho a inspeccionar toda la información personal relacionada a sí mismos que se guarda en cualquier expediente por una persona particular después de proporcionar identificación apropiada. Dirija cualquier pregunta relacionada al mantenimiento de la información a su agente de formularios del IPA.